

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DOUZIECH

Né le 15 novembre 1909 à Rodez (Aveyron)

**DE CERTAINES
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES MODERNES
DU
TUBAGE DUODÉNAL**

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

186

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551625_0076

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DOUZIECH

Né le 15 novembre 1909 à Rodez (Aveyron)

DE CERTAINES
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES MODERNES
DU
TUBAGE DUODÉNAL

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E).. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLJARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN.... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING.... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIER Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

**J'offre ce modeste travail en
témoignage de mon profond amour
filial et de ma reconnaissance pour
tous leurs sacrifices.**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il veuille bien accepter l'hom-
mage respectueux de ma profonde
reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
HEITZ-BOYER

J'exprime ici toute la reconnaissance dont je lui suis redevable.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

INTRODUCTION

I

Le tubage duodénal à l'aide de la sonde d'Einhorn est utilisé en clinique d'une façon à peu près courante depuis 1909, en vue de buts multiples : buts de diagnostic pour déceler une obstruction des voies biliaires, buts de thérapeutique pour effectuer un drainage de ces mêmes voies biliaires.

De nombreuses discussions ont eu lieu quant à son mode d'action et quant à sa valeur réelle comme élément de thérapeutique. Récemment deux indications nouvelles de son emploi furent publiées qui semblent être admises par la majorité des auteurs, ce sont :

le traitement de certaines migraines, dites duodénales, par le drainage médical des voies biliaires,

le traitement de certains ictères par infection de voies biliaires.

II

Nous nous proposons dans ce travail de passer rapidement en revue les multiples indications thérapeutiques du tubage duodénal qui ont été bien étudiées et sont devenues classiques; nous nous étendrons ensuite sur certaines indications spéciales moins bien connues :

- l'entéroclyse duodénale,
- le traitement de la migraine duodénale,
- le tubage duodénal au cours de la grossesse,
- l'alimentation duodénale,
- le tubage duodénal au cours de la lithiase biliaire.

III

Le tubage duodénal était à l'origine ce qu'il tend à redevenir aujourd'hui : un moyen de drainage médical des voies biliaires. C'est dans ce but qu'Einhorn introduisit sa sonde en 1909. Ce procédé thérapeutique devint bientôt un moyen de diagnostic précieux et en 1909, Vincent Lyon, s'inspirant des recherches antérieures de Meltzer l'utilisait surtout pour diagnostiquer la lithiase biliaire. A partir de 1920, en Amérique, comme en France sous l'impulsion de Chiray,

on revenait à l'indication primitive du tubage d'Ein-horn : le drainage médical des voies biliaires.

Depuis, les applications thérapeutiques du tubage se sont rapidement multipliées. De nombreuses thèses, des articles de revue lui furent consacrés. La majorité des auteurs est d'accord pour vanter les résultats merveilleux de cette thérapeutique : Damade, puis Chiray, Brûlé, Harvier, Pasteur Valléry-Radot, en ont publié de multiples observations. Pour Chabrol dans la majorité des cas le tubage ne constitue qu'une thérapeutique psychique et n'aurait de valeur que dans les troubles fonctionnels des névropathes.

Nous voudrions passer en revue le plus grand nombre des indications thérapeutiques du tubage duodénal qui sont bien connues et ont été déjà amplement étudiées. Aussi serons-nous très brefs sur leur sujet. Nous nous proposons par contre d'insister davantage sur quelques indications spéciales qui sont plus modernes ou qui ont été relativement peu étudiées.

Aussi diviserons-nous notre thèse en deux chapitres : le premier comprendra les indications courantes du tubage duodénal et nous y résumerons les multiples travaux déjà parus. Dans le deuxième nous étudierons les indications plus spéciales ou plus rares du tubage duodénal mais qui méritent d'être connues et qui depuis l'introduction de cette thérapeutique dans certaines migraines ont repris un regain d'actualité.

*INDICATIONS THERAPEUTIQUES
COURANTES
DU TUBAGE DUODENAL*

De toutes les indications thérapeutiques du tubage duodénal, évidemment la plus importante et celle qui est le plus couramment utilisée en clinique est son emploi dans les affections vésiculaires. Le cadre de cette indication, très large pour Vincent Lyon, semble être en réalité plus réduit pour Chiray, Le Clerc, Milochewich. Nous suivrons la classification ancienne en drainage intermittent et en drainage continu, chaque chapitre comprenant des indications spéciales.

I. DRAINAGE MÉDICAL INTERMITTENT

Le drainage médical intermittent serait indiqué pour Lyon dans :

- a.* la cholécystite chronique ou subaiguë non lithiasique ;
- b.* la cholécystite lithiasique latente avec inflammation catarrhale des voies biliaires ;

- c. la cholécystite aiguë compliquant une fièvre typhoïde ou une autre maladie infectieuse ;
- d. l'atonie de la vésicule avec ampullo-spasme ;
- e. l'obstruction du canal cystique par inflammation catarrhale intra-canaliculaire ;
- f. la cholécystite lithiasique grave compliquée d'accidents hépatiques qui contre indique l'intervention chirurgicale.

Chiray et ses collaborateurs reprenant l'étude du drainage médical des voies biliaires maintiennent en général les indications de Lyon.

1° *Dans la cholécystite non lithiasique* les résultats semblent vraiment remarquables. Le type clinique de cette affection décrit par Chiray et Semelaigne est celui d'une dyspepsie gastrique avec état cholémique et multiples manifestations d'ordre nerveux. Le seul signe clinique pouvant faire penser à cette affection est l'existence d'une douleur vésiculaire provoquée par la palpation. A cette affection il faut ajouter l'angiocholécystite chronique ou subaiguë dans laquelle le drainage des voies biliaires semble également réussir.

2° *Dans la cholédocite aiguë ou la duodénocholédocite* c'est-à-dire, dans l'ictère catarrhal, le tubage semble hâter la guérison. Nous consacrons d'ailleurs un chapitre spécial à l'étude des cholédocites et nous

verrons qu'il faut distinguer dans les ictères infectieux du type catarrhal, l'ictère par hépatite qui ne réagit nullement au tubage et l'ictère par cholécocité qui réagit de façon remarquable.

3° *Les états de rétention chronique de bile* seraient également justiciables du tubage. Ce sont les états de rétention causée par des ptoses viscérales, de la péricholécystite ou même par des modifications du reflexe viscéral comme cela se voit chez certains tabétiques. Tous ces cas ont une expression clinique commune, la pesanteur sous-hépatique et les gastralgies. De ces cas nous rapprocherons les cas d'atonie vésiculaire entraînant une stase à la fois vésiculaire et duodénale et qui peut avoir pour conséquence de véritables états migraineux. Nous consacrerons un chapitre spécial à l'étude de la migraine par le tubage duodénal.

4° *Dans les suites de cholécystectomie* le tubage duodénal est utile à la fois comme désinfectant du *tractus* biliaire et comme dérivatif de la bile en cas de spasme du sphincter d'Oddi.

Dans tous ces cas les résultats du tubage duodénal semblent vraiment merveilleux et compensent largement les quelques difficultés de technique qu'on peut rencontrer. Les résultats heureux sont parfois immé-

diats, après le premier tubage, d'autres fois ils apparaissent au bout d'une semaine et après une série de tubages répétés. La douleur et la gêne sous-hépatique disparaissent rapidement, le subictère s'évanouit, les fonctions digestives s'améliorent, les selles deviennent normales et tout le cortège des troubles nerveux disparaît. Fréquemment les malades reviennent réclamer d'eux-mêmes de nouveaux drainages.

5° Sur les résultats du drainage en cas de *cholécystite lithiasique* il est beaucoup plus difficile de se prononcer. Chabrol le proscrit de façon formelle : le spasme du pylore semblerait rendre le tubage impossible, la recrudescence des douleurs après tubage et l'absence d'amélioration le rendrait inutile. Baudouin, Azerad et Busson ont cependant publié un cas de lithiasé vésiculaire avec ictère traité par tubage qui fut suivi de la disparition sur les clichés d'un calcul cholédocien antérieurement visible. Pour ces auteurs le drainage médical peut être tenté, même en cas de lithiasé vésiculaire et sa meilleure indication serait l'ictère récent, apparu le lendemain d'une crise de colique hépatique pure et qui pourrait être tubé de façon précoce. Ils préconisent de remplacer le sulfate de magnésie utilisé d'habitude par un jaune d'œuf ou de l'huile d'olive qui ne provoquent ni douleur ni diarrhée.

II. LE DRAINAGE MÉDICAL CONTINU DES VOIES BILIAIRES

Il est préconisé par Vincent Lyon dans un certain nombre d'affections :

1^o Dans certains cas de rhumatisme chronique ou de migraine vraie ;

2^o Dans l'ictère catarrhal ;

3^o Dans l'angiocholécystite subaiguë ;

4^o Dans l'obstruction du cholédoque par un calcul sphéro-ovalaire.

Le drainage continu a actuellement en France fort peu de partisans. Il est utilisé cependant pour un certain nombre de thérapeutiques que nous envisagerons dans des chapitres spéciaux, notamment dans celui de l'alimentation duodénale ainsi que dans celui de certains cas de migraine rebelle.

— En dehors des affections hépato-vésiculaires, le tubage duodénal est utilisé dans d'autres affections générales comme :

l'azotémie,

l'asystolie,

les parasitoses intestinales et biliaires.

Dans l'azotémie. — On sait depuis longtemps que l'urée et ses dérivés peuvent se trouver dans les sucs

digestifs mais ces produits toxiques ne sont le plus souvent pas éliminés et leur réabsorption est à craindre. C'est Auguste de Lille qui en 1927 eut l'idée d'utiliser dans les cas d'urémie, le drainage duodénal par la sonde d'Einhorn afin de soustraire à l'organisme le plus possible de déchets toxiques. Cette thérapeutique n'est pas encore d'une application courante. Voici les chiffres sur lesquels Auguste s'est basé, pour mettre en œuvre sa méthode. En étudiant le liquide duodénal il trouve par litre de ce liquide :

chez les sujets bien portants :

4 à 6 gr. de chlorures,

0 gr. 14 d'urée.

chez les malades porteurs d'une néphrite chronique :

6 à 8 gr. de chlorures,

1 gr. d'urée.

De ses expériences Auguste conclut :

1° Le tubage duodénal permet d'extraire une quantité de liquide qui peut atteindre 800 gr.

2° Le liquide extrait contient beaucoup plus de chlorures que l'urine.

3° La concentration en azote total non protéique de ce liquide se rapproche de celle du sang, sans pour cela avoir la même composition définie.

Au cours de l'asystolie. — La pratique du tubage duodénal au cours de l'asystolie fut aussi essayée dès

1928 par Chiray et Amy. Ces auteurs se basaient sur le fait suivant : l'excitation de la cellule hépatique peut influencer les causes provoquant la congestion passive du foie au cours de l'asystolie. En activant la fonction sécrétoire et excrétoire de la bile par le tubage duodénal on arrive à exciter indirectement la cellule hépatique. C'est en somme le même but qu'on se propose d'atteindre en purgeant énergiquement les cardiaques avant le traitement digitalique, mais dans la méthode qui nous intéresse l'avantage est de ne point irriter la portion terminale de l'intestin par des purgations répétées. Deux points particuliers doivent être signalés au cours de la thérapeutique de l'asystolie par le tubage duodénal :

1° La solution injectée doit être tiédie. La sensation de froid qui pourrait être accusée par le malade si on ne prenait point cette précaution pourrait causer des malaises et des tendances syncopales ;

2° Le liquide doit être injecté à une très faible pression et d'une façon lente.

Les séances de tubage doivent être répétées au début deux fois par semaine, puis une seule fois.

Dans les parasitoses intestinales rebelles le tubage duodénal a été utilisé la première fois par Harvey Beck en 1912. Il fut ensuite employé par Ernest Jutte, Heumeter contre la *giardia intestinalis*, par Simon,

par Bengolea contre *fasciola hepatica*. Mais le tubage duodénal semble donner ses meilleurs résultats contre les ténias. Voici la technique du Professeur Gunn de Californie.

1° Pendant un jour et demi le malade reste à la diète.

2° Le jour avant le tubage on donne un purgatif salin le matin et un lavement le soir.

3° Le lendemain matin le malade étant à jeun on introduit par la sonde en deux fois une émulsion d'extrait éthéré de fougère mâle à une demi-heure d'intervalle.

4° On injecte ensuite 10 cc. d'une solution de sulfate de magnésie à 30 % et toutes les demi-heures une seringue d'eau tiède.

On peut également introduire par la sonde une solution de chlorhydrate d'émétine en cas de dyssenterie amibienne chronique.

ENTEROCLYSE DUODENALE

L'entéroclyse duodénale constitue pour Damade l'application la plus importante du tubage. C'est un moyen permettant de faire de grands lavages intestinaux et dont la principale indication est la stase intestinale chronique et plus particulièrement la stase iléale et la stase colique droite. La traduction clinique de cette stase est naturellement la constipation mais, fait important, constipation accompagnée de débâcle diarrhéique avec selles fétides renfermant des fausses membranes et du mucus.

Cette constipation évolue par crises accompagnées de douleurs survenant dans des circonstances variables : après un repas abondant, après une promenade en voiture, etc... Elle s'accompagne d'une multitude de symptômes généraux et nerveux qui sont souvent très pénibles : céphalée fréquente, migraine, haleine fétide, langue saburrale etc... Ce sont souvent ces symptômes qui amènent la malade à consulter. Par une action reflexe sur les autres organes, cette stase colique droite peut revêtir différentes formes cliniques. Nous signalerons surtout une forme renale (syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer), une forme

hépatique individualisée par Chiray (syndrome entéro-hépatique), une forme vésiculaire, une forme respiratoire.

C'est contre tous ces troubles que Damade utilise l'entéroclyse duodénale. Voici sa technique :

« Quand l'olive métallique est dans le duodénum, quand la bile s'écoule franchement, on injecte très lentement par le tube un litre à un litre et demi d'une solution tiède de sulfate de magnésie à 5 % et non à 30 % comme dans l'épreuve de Meltzer-Lyon. L'instillation d'un litre de solution demande au moins 20 minutes.

L'opération terminée on retire le tube.

Au bout d'une demi-heure à une heure la solution introduite est rendue par l'anus en une ou deux fois. Il est inutile d'insister sur la chasse intestinale réalisée par ce procédé. Il s'agit à peu près uniquement d'une action mécanique.

Au cours de la première entéroclyse duodénale on instille seulement 500 cc. de la solution de sulfate de magnésie à 5 %. Si ce lavage est bien supporté on en fait un deuxième trois ou quatre jours après avec un litre de la solution. La plupart des sujets peuvent alors continuer à se faire tuber chez eux, par une personne de leur entourage.

Chez les malades dont la vésicule contient une bile épaisse et très foncée il est utile de remplacer un

lavage intestinal sur trois ou quatre par un drainage des voies biliaires au moyen de la solution de sulfate de magnésie à 30 %.

En résumé pour Damade l'entéroclyse duodénale constitue le traitement médical de choix de la stase intestinale droite et des entéocolites avec putréfaction intense.

OBSERVATION DE DAMADE

(*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*
1924, p. 605).

Il s'agit d'un malade âgé de 19 ans chez lequel l'asthénie profonde, le teint terreux et légèrement bronzé, l'hypotension artérielle avaient fait penser à un syndrome d'Addison fruste ; des crises de vomissements complétaient le tableau clinique. La notion d'une appendicectomie dans l'enfance, un léger empatement du carrefour sous-hépatique orienta vers la possibilité d'une stase intestinale droite.

Un examen radioscopique décela une périviscérite du carrefour supérieur avec stase de la baryte dans le cœcum et le colon ascendant pendant 48 heures.

Au bout de deux entéroclyses duodénales l'éclaircissement du teint fut tel que le médecin traitant et l'entourage en furent très frappés. Les signes fonctionnels suivirent la même amélioration. Le jeune homme revu après un 5^e lavage était considérablement amélioré.

*LE TUBAGE DUODÉNAL DANS LES ICTÈRES
PAR INFECTION
CHRONIQUE DES VOIES BILIAIRES*

Dans les ictères infectieux bénins le tubage duodénal a pu dans certains cas donner des résultats favorables. Mais ces résultats sont difficiles à interpréter à cause de l'évolution normale de ces ictères vers la guérison dans un espace de temps plus ou moins rapide. Mais il est un type d'ictère infectieux dans lequel le tubage duodénal fait merveille, c'est l'ictère dû à une inflammation chronique des parois du cholédoque, c'est l'ictère par cholédocite.

Nous voudrions d'abord dire un mot de la pathogénie si spéciale de cette affection qui a été diversement appréciée suivant les époques.

L'inflammation chronique des voies biliaires par des microbes venus de l'intestin était considérée il y a un siècle comme la cause majeure de la plupart des ictères. C'est l'angiocholite ictérigène de Gilbert et Lereboullet, c'est la cholangie de Naunyn et Umber.

Puis avec Abrami et Brûlé, cette théorie devait

céder la place à une deuxième attribuant le rôle majeur à l'infection, non pas des voies biliaires, mais de la cellule hépatique. Cette conception amenait à considérer les ictères infectieux comme des maladies du foie et non des voies biliaires.

C'est grâce à certains résultats remarquables obtenus grâce au tubage duodénal que la théorie de la cholécystite semble actuellement regagner du terrain. Dans un récent article Brûlé, Cottet et Hamburger puis Et. Chabrol et Boris Klotz ont montré qu'il existe un certain nombre d'ictères infectieux qui ne sont pas dus à l'hépatite mais à une infection chronique des voies biliaires. Ce type particulier d'ictère présente un certain nombre de caractères : ce sont souvent des ictères prolongés pouvant durer de quelques mois à quelques années, ils s'accompagnent d'une grosse hépatomégalie ; la vésicule biliaire est normale aux examens radiologiques. Il n'y a le plus souvent pas de rétention biliaire dissociée comme cela arrive parfois dans les ictères par hépatite, mais bilirubine et sels biliaires sont retenus proportionnellement dans le sang. Ceci rapproche singulièrement les ictères par cholécystite des ictères par obstacle mécanique sur le cholédoque. Enfin deux caractères seraient particuliers à ce type d'ictère : la rétrocession brusque après des tubages duodénaux et les résultats remarquables de la cholécystostomie.

En effet dans les 4 observations de Brûlé, Cottet et Hamburger, dans les deux observations de Chabrol et Klotz, dans celles de Harvier et Antonelli on est frappé de la guérison quasi immédiate après un ou plusieurs tubages duodénaux.

Nous reproduirons à type d'exemple deux observations de Brûlé, Cottet et Hamburger et de Harvier.

OBSERVATION N° 2 DE HARVIER et ANTONELLI

Paris médicale, n° 20, 1934 (résumée)

Lain.... 17 ans a présenté vers le 15 août 1933 de la diarrhée puis des vomissements. Le 17 septembre débute l'ictère qui devient intense en quelques jours. Le malade est examiné le 16 décembre au 90^e jour de l'ictère. Celui-ci est resté remarquablement fixe. Les selles sont décolorées, la réaction de Gmelin est positive, dans les urines, mais la réaction de Hay est négative. Le foie est hypertrophié, mesurant 19 cm. sur la ligne mamelonnaire. Il est de consistance ferme, indolore à la pression. La rate n'est pas augmentée de volume. Des tubages du duodénum sont pratiqués quotidiennement du 17 au 22 décembre ; ils ramènent une bile jaune clair riche en mucus, pas de bile B.

A partir du 24 décembre, la bile recueillie est plus foncée, moins riche en mucus. A partir du 26 décembre la bile est de coloration normale mais la bile B fait

toujours défaut. Elle n'apparaîtra nettement différenciée qu'à partir du 13 janvier. Dès le cinquième tubage les selles deviennent panachées. Au 6^e tubage les urines se clarifient. Au 8^e tubage l'ictère régresse, le prurit disparaît, le foie diminue de volume et ne mesure plus que 16 cm.

Après une légère aggravation, due à une nourriture anormalement copieuse, la guérison progresse rapidement, le 3 janvier les urines sont claires, les selles moulées et colorées ; le foie ne mesure plus que 15 cm., le malade a engraisé de 2 kg. Le 6 février le poids a remonté de 59 kg. 700 à 67 kg. 200.

OBSERVATION N° 3

Nouveau cas d'ictère par cholédocite traité par tubage du duodénum par BRULÉ, COTTET et ALBERT NETTER
(*Bulletin Société Médicale Hôpitaux*, 1935, p. 374)

D....., 26 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 6 décembre 1934 pour un ictère apparu la veille. Le début avait été marqué par des vomissements alimentaires et une douleur dans l'hypocondre droit ; ces signes, bien que nets, ne l'avaient pas été assez pour faire interrompre le travail. Le jour de son entrée le malade est nettement jaune, les urines sont acajou foncé, les matières décolorées. Le foie semble de volume normal, la rate n'est pas palpable. Toute la région du

colon droit est douloureuse à la palpation. Il n'y a pas de fièvre. Les réactions de Grimbert et de Hay sont positives dans les urines.

Du 6 au 11 novembre l'ictère augmente d'intensité, le malade se plaint toujours de son flanc droit.

Le 12 et le 13 novembre l'épreuve de la diurèse provoquée de Vaquez et Jules Cottet est normale. Le 14 novembre l'épreuve de la galactosurie est normale également.

Le 17 novembre on pratique le premier tubage duodénal il permet de retirer une bile d'aspect normal, mais on ne peut différencier une bile B vésiculaire.

Le 18 novembre le malade est cliniquement moins jaune, il a eu 20 heures après son tubage une selle normalement colorée.

Le 20 novembre un tubage ramène une bile d'aspect normal mais sans bile B. Le 21 novembre le foie ne mesure plus que 11 cm., le malade se plaint toujours d'une douleur iliaque droite. Il sort sur sa demande. Il est revenu un mois plus tard en parfaite santé ; au point de vue hépatique, il garde toujours un flanc droit douloureux.

TRAITEMENT DE CERTAINES MIGRAINES PAR DRAINAGE DES VOIES BILIAIRES

Le traitement de la migraine par le tubage duodéal a été essayé pour la première fois en Amérique par Vincent Lyon et en France par Chiray et Triboulet. Dès que l'attention fut attirée là-dessus, de nombreuses observations de migraines guéries par le tubage duodéal furent publiées par Pasteur Valléry-Radot et Blamoutier, Chiray et Lomon, Friedlander, Hunt, Lefrançois. Récemment la question a été reprise dans la thèse de Bonhomme. Un point capital doit être retenu sur lequel insistait Pasteur Valléry-Radot dès 1925 : seuls guérissent ou sont nettement améliorés les sujets qui au cours de leurs crises présentent des vomissements bilieux. Autrement dit, de la multitude des formes pathogéniques de la migraine, il faut retenir comme susceptible d'être améliorée par le tubage duodéal, la migraine biliaire ou la migraine duodénale due à la stase vésiculaire ou duodénale. Cette stase vésiculaire est remarquablement objectivée par les caractères spéciaux de la bile B.

En effet chez la plupart des migraineux biliaires la bile B est foncée, voire même noirâtre, elle est exceptionnellement abondante, hyperconcentrée en pigments et bilirubine. Cette stase vésiculaire peut-être également mise en évidence par un retard d'évacuation du tétraïode ingéré et qu'on suit par des examens radiologiques. Enfin nous ajouterons comme facteurs adjuvants la péricholécystite fréquente, le spasme du sphincter d'Oddi etc.

Le tubage duodénal ne donne de résultats intéressants que dans les migraines où il existe une note vésiculaire : vomissements bilieux pendant les crises ou sensibilité vésiculaire à la palpation.

Nous ne ferons pas la description clinique de la migraine biliaire. Le tableau en est parfaitement décrit dans les deux observations que nous insérons plus loin. Mais notons toutefois les caractères spéciaux de cette migraine.

1° Ainsi que nous l'avons déjà dit son principal caractère clinique est de s'accompagner de vomissements bilieux abondants et répétés.

2° Ces vomissements peuvent se produire 10, 12, 15 fois par jour et amènent après quelques heures de dépression, un grand bien-être chez les malades dont ils font disparaître la crise.

3° La durée de l'accès de migraine peut varier de quelques heures à 2 ou 3 jours laissant derrière lui une immense fatigue.

4° Entre les crises ces malades présentent souvent des troubles dyspeptiques avec hyperchlorhydrie et hypersialorrhée.

Pour la technique de la thérapeutique il n'est pas de loi fixe, Pasteur Valléry-Radot faisait un tubage par semaine, mais ils peuvent être aussi fréquents que la nécessité le demande. Le malade peut garder son tube quelques heures ou quelques jours (comme un malade de Dénéchau et Bonhomme). Le tubage agit aussi bien à titre préventif que curatif. Mais il est bon de remarquer la possibilité qu'à le début du tubage de déclencher une violente crise de migraine s'accompagnant de pâleur. Ces phénomènes seraient dus sans doute aux contractions d'une vésicule particulièrement sensible.

OBSERVATION 4 DE DÉNÉCHAU ET BONHOMME

Soc. Med. des Hôpitaux 1935, p. 363.

Mme. R., 63 ans, d'antécédents héréditaires satisfaisants a présenté à 11 ou 12 ans des migraines sous forme de céphalée importante, frontale et terminée par un vomissement alimentaire. Rares au début, ne survenant que deux fois par an, elles ont augmenté progressivement de fréquence et à l'âge de 22 ans, après la deuxième grossesse, elles apparaissent plusieurs fois par mois, devenant extrêmement dou-

loureuses, se prolongeant parfois plusieurs jours et s'accompagnant de phénomènes gastriques typiques et intenses : crampes, brûlures tardives après les repas, vomissements alimentaires, puis vomissements d'eau acide se répétant pendant toute la crise migraineuse et cela sans douleur au carrefour hépatique, sans ictère et sans température.

A l'âge de 42 ans la malade souffrait presque chaque semaine dans l'hémicrane droit et présentait en même temps des brûlures gastriques et des vomissements.

L'examen physique de la malade est presque normal, la radioscopie de l'estomac montre l'existence d'une volumineuse poche à air, mais on note une déformation nette du bord du bulbe duodénal et une stase évidente au niveau du genu superius. Le palper en ce point est douloureux. En raison de ces douleurs violentes au niveau de l'abdomen et d'un léger subictère, une laparotomie est pratiquée le 26 décembre suivie de cholécystectomie. Cinq petits calculs noirâtres furent extraits de la vésicule. L'intervention chirurgicale fut suivie d'une amélioration notable mais qui ne dura que six semaines au bout desquelles elle recommence à souffrir de son épigastre et présente des vomissements incessants.

Pendant deux ans la malade continue cette vie de douleurs et de privations, mais les crises devenant de plus en plus fréquentes elle revient consulter en

juin 1924. Devant la répétition des crises, l'amaigrissement de la malade et l'impossibilité de l'alimentation devant la stase importante au niveau des deux premières portions du duodénum on décide de tenter une application du tube d'Einhorn. Tubée en pleine migraine, la malade accuse immédiatement, après l'aspiration d'une certaine quantité de liquide duodénal, un bien-être subit tant de la migraine que de la gêne gastrique. Elle conserve alors de façon permanente son tube pendant deux jours et constate que sa céphalée reprend le tube enlevé, elle le fait replacer et s'entraîne elle-même à l'avaler.

Elle conserve le tube plus de dix jours digérant le lait et la bouillie maltée qu'on lui fait prendre toutes les 2 heures Elle emporte le tube chez elle et se fait toute seule des tubages au moment de ses crises migraineuses.

Un an plus tard elle revient consulter, elle a renoncé à son tube qui lui devient pénible, elle a maigri et présente à nouveau des douleurs vives au carrefour sous-hépatique. Sous l'influence de nouvelles séries de tubages les douleurs s'atténuent, l'alimentation par le tube d'Einhorn permet de gagner du poids et pendant six ans cette femme peut vivre ainsi souffrant terriblement par périodes de migraines avec crises gastro duodénales mais sachant les calmer par la mise en action de la sonde duodénale et de l'alimen-

tation par son intermédiaire. Au bout de six ans le tube duodénal semble ne plus avoir d'action curative aussi grande ; est-il en place, les accidents disparaissent, mais la malade tente-t-elle de le supprimer les accidents reprennent immédiatement.

En raison d'un syndrome de Koënig des plus nets et des examens radiologiques montrant une sténose duodénale on pratique une gastro-entérostomie, puis une duodéno-jéjunostomie. Les suites opératoires ne présentent aucun incident, pendant quelques mois la malade se sent soulagée, mais, peu à peu, les troubles recommencent accompagnés de crises migraineuses.

OBSERVATION 5 DE PASTEUR VALLÉRY-RADOT
ET BLAMONTIER

Bull. Soc. Méd. Hôp. 1927, p. 927.

Sur les 7 observations de résultats remarquables du tubage duodénal dans les migraines vésiculaires publiées par ces auteurs, nous en reproduirons deux au hasard mais qui auront l'avantage de montrer que si le drainage médical des voies biliaires réussit dans un certain nombre de cas il n'en est pas de même dans tous et par conséquent il ne doit pas être utilisé de façon systématique.

Obs. IV p. 929. Mme. Va., 23 ans a des migraines depuis l'âge de 15 ans soit au moment des règles,

soit entre celles-ci (une par semaine en moyenne). Elles sont typiques : la malade est obligée de prendre le lit, elle a des vomissements bilieux et reste très pâle pendant toute la journée de la crise. Depuis le 23 mars 1925 on lui a fait des séries de tubages (en tout 21). Pendant les quatorze mois de traitement les migraines ont été atténuées, elles ne sont survenues qu'au moment des règles, toutes les crises intermenstruelles ont disparu. Les crises menstruelles ont été d'ailleurs légères, n'obligeant plus la malade à garder le lit et ne se sont pas accompagnées de vomissements. A la suite d'un traitement opothérapique mixte, comprenant notamment des injections hypodermiques d'extrait de corps jaune durant une dizaine de jours avant les règles, les crises menstruelles ont à leur tour disparu.

OBSERVATION 6

M. N., 67 ans, dessinateur, a des migraines depuis l'âge de 30 ans. Elles étaient assez espacées au cours des premières années, le malade n'avait de crises typiques que cinq à six fois par an. Celles-ci se sont dans la suite de plus en plus rapprochées pour devenir presque régulièrement hebdomadaires. Au cours de ces crises les nausées et les vomissements sont presque constants. Dans leur intervalle, notre malade se plaint de pesanteur gastrique, de digestions pénibles et lentes.

De 1921 à 1925, on a essayé des traitements multiples, tous inefficaces : la peptonothérapie préprandiale a espacé les crises durant quatre mois, mais l'action de cette thérapeutique s'est épuisée. Au moment où on commence les premiers tubages duodénaux, en avril 1925, M. N., a des crises de migraine très fréquentes tous les 5 ou 6 jours en moyenne. Il sent venir ses crises quelques heures avant qu'elles n'éclatent. Toutes revêtent une acuité peu commune et pendant leur durée, 15 à 26 heures, le malade accuse une sensation intolérable de tête dans un étai avec élancements paroxystiques arrachant des cris. La crise passée, le malade reste pendant 48 h. abattu et prostré.

Le premier tubage duodéal est pratiqué le 1^{er} avril 1925. Dès les premiers tubages effectués à raison d'un par semaine, il se produit une amélioration manifeste. Les crises sont plus espacées, elles sont moins intenses et plus courtes. Entre chaque crise la céphalée frontale disparaît. L'appétit revient, la constipation est moins tenace, le malade se sent renaître.

Dès la fin du mois de mai 1925 les crises de migraine ont disparu. Dès lors presque chaque semaine le malade a pratiqué un tubage duodéal. A plusieurs reprises il essaya de suspendre ou d'espacer les tubages. Ces tentatives n'eurent pas de suites heureuses.

En pratiquant un tubage toutes les semaines il est sûr d'éviter les crises de migraine si ce tubage est fait correctement.

LE TUBAGE DUODENAL AU COURS DE LA GROSSESSE

Au cours des vomissements incoercibles de la grossesse le tubage duodénal a été utilisé dans un double but : combattre les vomissements relevant d'une affection du carrefour et permettre l'alimentation duodénale.

Lévy-Solal et Hadgès se basant sur 18 tubages pratiqués chez des femmes enceintes précisent les règles et les indications du tubage duodénal au cours de la grossesse. Il faut éliminer avant tout la possibilité d'une lésion quelconque du tube digestif : diverticule de l'œsophage, ulcus gastrique ou duodénal. sténose organique du pylore qui constitueraient des contre-indications formelles aux tubages répétés.

Le tubage permanent peut être suivi de certains incidents, aussi ces auteurs préfèrent-ils le tubage bi-quotidien, le tubage étant laissé en place le temps nécessaire pour introduire la quantité de liquides alimentaires nécessaire.

Il faut remarquer que le tubage duodénal peut pré-

senter un certain nombre de difficultés techniques au cours de la grossesse. Mais les auteurs ont obtenu presque toujours du liquide duodénal dans un temps variant d'une à deux heures et la quantité de bile retirée était importante, ce qui s'explique du fait de l'hyperfonctionnement physiologique de la cellule hépatique au cours de la grossesse.

A titre d'exemple nous résumerons une des observations publiée par ces deux auteurs et qui montre l'action favorable du tubage duodénal dans les vomissements de la grossesse.

OBSERVATION N° 7

Malade âgée de 24 ans, entre dans le service dans un état d'asthénie profonde le 18 décembre 1926. Secondipare elle présente des vomissements s'étant manifestés brusquement vers le 5^e mois de la grossesse. Avant son entrée son médecin utilise sans succès les médications classiques contre ces vomissements presque continus. L'état devenant menaçant, elle est hospitalisée d'urgence en vue de provoquer l'avortement. A son entrée, état très grave : syndrome de dénutrition avec adicose, symptômes de défaillance cardiaque. Vomissements presque continus, bilieux, vert foncé.

Un tubage est pratiqué, après la traversée pha-

ryngée et œsophagienne, les efforts de vomissements n'aboutissent pas. L'expulsion du tube n'a pas lieu. Vomissements et nausées s'arrêtent au moment où l'olive a franchi le cardia et se trouve dans l'estomac. Au bout de 50 minutes on retire un liquide dense, vert foncé, alcalin au tournesol. Après instillation de 50 cc. d'une solution de peptone à 5 % on retire une bile analogue à la précédente mais plus foncée. La totalité des liquides extraits après l'instillation de la solution de peptone atteint 310 cc. Les cultures des trois échantillons de bile recueillis montrent des bacilles d'un grand polymorphisme, bacilles longs et cocciformes, Gram négatifs ou positifs. Les deux tubages qui ont été pratiqués font disparaître entièrement les vomissements. Ces tubages ont permis l'alimentation duodénale avec 400-500 gr. de bouillon de viande. L'alimentation normale est reprise, l'état général s'améliore rapidement.

Laissant de côté le problème de la stérilité microbienne du liquide duodénal qui serait peut-être modifié au cours de la grossesse, nous voudrions noter surtout l'amélioration notable de cette malade après deux tubages duodénaux. On retrouve également des observations de cholécystite chez des femmes enceintes ayant entraîné des troubles considérables et très améliorés par des tubages répétés.

De leur étude faite sur 18 cas de vomissements incoercibles traités par le tubage, Lévy Solal et Hadgès tirent les conclusions suivantes :

1^o Le tubage duodénal se révèle comme un moyen d'action rapide dans les vomissements gravidiques associés à des affections du carrefour sous-hépatique. Il permet l'alimentation qui combat les phénomènes de dénutrition. Il représente de plus le traitement le plus efficace de la cholécystite gravidique dont il écourte la durée.

2^o Sans vouloir aborder l'étude de la pathogénie des vomissements gravidiques il semble bien que le cadre de ce syndrome doive être considérablement élargi. A côté des nombreux éléments étiologiques qui ont été décrits, il y a lieu d'insister sur les altérations du carrefour sous-hépatique. Le tubage permet le plus souvent d'en donner une confirmation diagnostique.

L'ALIMENTATION DUODÉNALE

Pour Einhorn, l'alimentation duodénale, constitue l'application la plus importante de sa méthode. C'est théoriquement la mise au repos complet de l'estomac, par alimentation directe du duodénum. Pour Einhorn son emploi donnerait 90 % de guérison d'ulcères gastro-duodénaux. En France le procédé a été repris par Damade, en Italie, par Raffaele qui sont d'accord pour affirmer la valeur considérable de la méthode. Par contre Chabrol ne le considère que comme un moyen psychothérapique utile dans un certain nombre de troubles fonctionnels mais inefficace et même dangereux en cas de lésion organique gastro-duodénale. Les résultats apportés par Carles, Damade, Lévy-Solal et Hadgès semblent cependant donner un regain d'actualité à cette technique très peu utilisée en France.

La méthode consiste à maintenir une sonde duodénale à demeure pendant plusieurs semaines et à donner, grâce à elle, une alimentation liquide au malade. Une fois que l'olive est dans la deuxième partie

du duodénum (car, point capital, la lésion doit être dépassée de plusieurs centimètres et on virifiera cela grâce à des examens radiologiques), on injecte dans le tube du lait sucré, du jaune d'œuf ou du sérum physiologique.

D'après Einhorn, on donne 8 fois par jour à 2 heures d'intervalle un repas composé de 200 gr. de lait sucré et d'un jaune d'œuf ; un demi-litre de sérum physiologique est instillé en deux fois en dehors des repas. Carnot et Libert utilisent la méthode du goutte à goutte ce qui permettrait d'éviter l'intolérance du duodénum à certains aliments. Damade, lui, procède de la façon suivante : le premier jour il donne 100 gr. de lait sucré toutes les deux heures. Le lendemain, la quantité de lait est portée à 200 gr. par prise et l'on donne 8 repas par jour. A partir du 5^e jour le malade ne fera que 7 repas de 250 gr. de lait sucré. On peut évidemment ajouter du jaune d'œuf, une bouillie maltée, du jus de viande, du jus de fruits, etc... Les repas doivent être soigneusement tamisés pour éviter l'obstruction des orifices de l'olive et l'irritation du duodénum. Ils seront donnés tièdes et lentement. Un petit entonnoir adapté à l'extrémité de la sonde permet au malade de s'alimenter seul. Une instillation de 30 à 40 cc. de sérum physiologique nettoie le tube après chaque repas et évite les fermentations. La sonde peut être fixée à la joue ou à l'oreille.

La sonde peut être laissée en place 2 à 3 semaines sans aucun inconvénient. Le détubage ne présente aucune difficulté. Les résultats de cette méthode semblent encourageants, bien que les avis soient encore partagés.

Pour Einhorn l'ulcère gastro-duodéal simple, constitue la meilleure indication de cette méthode. Cependant en cas d'hémorragie, de sténose ou de périgastrite, elle doit céder la place à la chirurgie. Elle est également indiquée dans les dyspepsies sévères avec dilatation de l'estomac ainsi que dans les cas inopérables. Damade signale le cas d'un sujet atteint de cancer de la grande courbure très douloureux et inopérable chez lequel le tube fut laissé en place pendant 6 semaines sur la prière instante du malade dont les douleurs avaient été considérablement calmées.

Enfin, dernier point à signaler, la sonde duodénale à demeure peut servir à distinguer une gastropathie primitive d'une gastropathie secondaire à une affection de voisinage. On comprend facilement que dans ce dernier cas la mise au repos de l'estomac étant inutile, le résultat thérapeutique soit nul.

DANS LA LITHIASE BILIAIRE

Dans les ictères chirurgicaux, c'est-à-dire dans les ictères par lithiasé cholédocienne, le tubage duodénal est un excellent adjuvant du traitement chirurgical et dans quelques rares cas permet d'éviter l'acte sanglant.

On connaît l'importance de la désinfection des voies biliaires comme acte préopératoire et le danger de l'insuffisance hépatique qui peut être à l'origine d'accidents graves. Pour Bengolea de Buenos-Ayres, le tubage duodénal est indispensable comme moyen thérapeutique chez tout malade ictérique.

Il doit être pratiqué de façon systématique et prolongée jusqu'à ce qu'on obtienne la disparition complète des symptômes d'intoxication biliaire. Le nombre des tubages nécessaires est variable pour chaque malade et pour ceux de Bengolea, ce nombre oscille entre 10 et 25. Pendant la période de tubage duodénal on surveille la courbe thermique, le pouls, la diurèse et les matières fécales. Selon Bengolea chez un malade qui ne maigrit plus, qui traîne une bile abondante, qui n'a pas de fièvre, on se trouve dans

de bonnes conditions pour essayer par un drainage médical continué d'amener la disparition de l'ictère, puis s'il en est besoin on abordera l'acte chirurgical avec le maximum de sécurité. On peut accompagner le drainage des voies biliaires par une alimentation duodénale qui permettra d'aider à l'amélioration de l'état physique du malade.

Bengolea rapporte 28 cas d'ictère qui ont été opérés après avoir subi des tubages duodénaux en série. Dans 16 cas les signes d'obstruction cholédocienne ont disparu complètement (il s'agissait de 8 cholécystites calculeuses, 4 lithiases cholédociennes, 2 pancréatites chroniques, 2 cholécystites chroniques). Chez 6 malades les signes d'obstruction cholédocienne ont disparu presque complètement. Il s'agissait de 5 lithiases vésiculaires et d'une cholécystite calculeuse. Même dans ces cas où persistaient quelques signes d'obstruction cholédocienne, le tubage duodéal avait permis l'extraction d'une grande quantité de bile et avait fait disparaître l'ictère. Dans les 5 cas qui restent les signes d'obstruction cholédocienne ne subirent aucune modification, mais il s'agissait de néoplasmes des voies biliaires ou du pancréas. Se basant sur ces derniers résultats négatifs, l'auteur conclut que l'absence complète de bile constitue un signe évident de compression néoplasique des voies biliaires.

Si le traitement des lithiases cholédociennes par le seul tubage duodénal, non suivi d'intervention chirurgicale, semble avoir donné quelques résultats, il faut être extrêmement prudent avant d'en affirmer l'efficacité. On connaît en effet l'évolution capricieuse de l'ictère par calcul du cholédoque pour ne pas se laisser prendre par une fausse guérison qui ne serait en réalité qu'une simple rémission. Mais ces cas éliminés on obtient véritablement des guérisons : Bengolea traita ainsi 5 malades dont les calculs furent éliminés après plusieurs tubages. Il signale également 14 autres cas d'ictères rebelles à tout traitement médical qui furent remarquablement guéris par des tubages duodénaux.

La question du traitement de la lithiasé biliaire par cette méthode a été reprise récemment par Baudoin, Azérad et Busson. Pour ces auteurs le tubage serait indiqué en cas d'ictère récent apparu le lendemain d'une crise de colique hépatique. Il serait bon de remplacer le SO^4Mg par de l'huile d'olive qui moins irritante ne provoque ni douleur, ni diarrhée.

OBSERVATION N° 8 DE BAUDOIN, AZÉRAD

ANDRÉ BUSSON

(*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1932, p. 1562).

Malade âgé de 38 ans, qui entre le 26 septembre 1932 pour une jaunisse. Deux jours auparavant elle avait

été prise la nuit d'une douleur violente dans l'hypocondre droit irradiant dans l'épaule du même côté. Cette douleur s'est accompagnée de nausées sans vomissements. Le diagnostic de colique hépatique fut porté et une injection de morphine calma les douleurs en quelques heures. Le lendemain il ne persistait qu'un endolorissement de la région sous-hépatique mais déjà on notait une légère teinte subictérique des conjonctives qui s'accroissait rapidement et deux jours plus tard la malade était en plein ictère par rétention.

Les antécédents de cette malade montrent deux crises de colique hépatique antérieures, non suivies d'ictère. Une radiographie pratiquée à son entrée dans le service montre très nettement l'existence d'un calcul intra-cholédocien.

La malade mise au repos et au régime lacté ne souffre pas mais son ictère augmente progressivement. De nouvelles radiographies pratiquées une semaine après son arrivée montrent la persistance du calcul cholédocien.

On décide alors de tenter le drainage médical des voies biliaires. On contrôle par un examen radioscopique la situation en bonne position dans la 2^e partie du duodénum, aux environs de l'ampoule de Vater, de la sonde d'Einhorn et on injecte 2 jaunes d'œuf. En cours d'injection on note deux ou trois mouvements péristaltiques du duodénum, pas de douleurs ni immédiatement, ni dans les heures qui suivent.

Le lendemain matin de nouvelles radiographies sont pratiquées, elles montrent la disparition du calcul cholédocien et un déplacement des calculs vésiculaires.

Le calcul n'a pas été retrouvé dans les selles mais dès le lendemain l'ictère a commencé à décroître et les urines à s'éclaircir.

OBSERVATION N° 9

in thèse de Mattei Semidei, Paris, 1934)

Ictère fébrile lithiasique. Déblocage au Meltzer

Cholédocotomie avec drainage. Cholécystectomie.

M^{me} B. 59 ans. Bon état de santé habituel. Elle a eu depuis 20 ans plusieurs petites crises douloureuses sans ictère, les plus récentes auraient été accompagnées d'un peu de température. Le 2 décembre 1930 crise de moyenne intensité suivie le lendemain d'un ictère qui d'emblée est complet. La température s'élève à 39° et se maintient avec de légères oscillations malgré le traitement médical : lavages froids et injections d'uroformine.

Le 8 est pratiqué un tubage duodénal. A l'arrivée de l'olive dans le duodénum : liquide incolore. Aussitôt après l'injection de sulfate de magnésie, la bile commence à s'écouler. Le soir 38°4. Du 9 déc. 1930 au 19 février 1931, jour de l'opération on répète les tubages. La malade s'est accoutumée très vite et les

fait bientôt toute seule. La température a baissé dès le lendemain du premier tubage, mais elle n'est au-dessous de 37°5 que le 31 décembre. L'alimentation dès le 11 décembre est progressivement augmentée. Le 19 février 1931, opération sous rachianesthésie. On trouve deux calculs dans le cholédoque. Suites normales.

OBSERVATION N° 10

in thèse de Mattei Semidei, Paris 1934

Lithiase cholédocienne avec angiocholite.

Déblocage au Meltzer.

Malade âgée de 63 ans, ménagère, elle est sérieusement malade depuis novembre 1930. Elle a présenté plusieurs crises douloureuses siégeant dans l'hypocondre droit et irradiant en ceinture. Les douleurs à début progressif et à terminaison brusque persistent pendant 2 à 5 heures. Elles sont intenses avec caractères de coliques et nécessitent des injections de morphine. Elles s'accompagnent de nausées et vomissements. A la fin de décembre la malade a présenté un ictère léger, à évolution progressive avec selles décolorées et urines hautes en couleur.

En janvier 1931, la malade subit plusieurs crises analogues à celles qu'elle a subi en décembre. Trois accès fébriles de type paludéen caractérisés par des

frissons, de la température et des sueurs. L'ictère augmente et la température varie d'un jour à l'autre. L'état général devient mauvais. En février le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque est posé.

On pratique immédiatement un premier tubage duodénal. Le tube est laissé en place pendant deux heures. Ecoulement d'une énorme quantité de bile. Dès le soir même, la malade se sent mieux, la température décroît.

On pratique ensuite tous les deux jours un tubage duodénal. Le 4 avril les matières commencent à se recolorer. Quinze jours après l'ictère a disparu.

La malade n'est pas opérée. Des lésions cardiaques et pulmonaires anciennes interdisent l'intervention chirurgicale.

Le 13 juillet nouvelle crise de colique hépatique suivie d'ictère. Le 28 juillet les tubages duodénaux sont repris, un par semaine. Chaque épreuve procure une amélioration.

CONCLUSIONS

I. Le tubage duodénal est actuellement un moyen thérapeutique de premier ordre. Le drainage médical des voies biliaires est en effet utilisé, depuis longtemps, dans les cholécystites non lithiasiques, les cholédocites, les états de rétention chronique de la bile, dans les suites de cholécystectomies.

II. Il peut donner des résultats remarquables au cours de l'azotémie, de l'asystolie et dans le traitement des parasites intestinaux (ténia).

III. L'entéroclyse duodénale constitue une des meilleures thérapeutiques de la stase colique droite et des entérocolites avec putréfaction.

IV. Les ictères par cholédocite sont influencés de façon remarquable par le tubage duodénal, à l'opposé des ictères par hépatite sur lesquels cette thérapeutique est sans résultat.

V. La migraine duodénale due à la stase biliaire par cholécystatonie, et qui est rebelle à toutes les thérapeutiques courantes est influencée de façon heureuse par le drainage biliaire.

VI. Au cours de la grossesse le tubage est indiqué comme un des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre contre les vomissements gravidiques associés aux affections du carrefour sous-hépatique et contre les cholécystites gravidiques.

VII. Il constitue un excellent adjuvant du traitement chirurgical au cours de la lithiasé biliaire en désinfectant les voies biliaires. Parfois, à lui seul, il peut amener l'évacuation de calculs.

VIII. L'alimentation duodénale est un bon moyen de mise au repos de l'estomac au cours de certaines lésions gastriques.

Vu:
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOIN, AZÉRAD, BUSSON. — *Société Méd. des Hôpitaux*, 1932, p. 1562.
- BENGOLEA. — « Résultats obtenus par le tubage duodénal dans les ictères chirurgicaux », *Lyon chirurgical*, 1929, p. 818.
- BONHOMME. — *La migraine duodénale*, thèse Paris, 1935.
- BRULÉ. — « Le tubage duodénal dans la thérapeutique des ictères », *Paris médical*, 1934, p. 424.
- BRULÉ, COTTET et HAMBURGER. — « Sur un type clinique d'ictère prolongé avec hépato-mégalie et splénomégalie curable par tubage du duodénum », *Presse Médical*, 1934, p. 1713.
- BRULÉ, COTTET, NETTER. — « Deux nouveaux cas d'ictère par cholédocite traités par tubage du duodénum », *S. c. Méd. Hôp.*, 1935, p. 370.
- CARNOT ET LIBERT. — « De quelques applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement », *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1922, p. 229.
- CHABROL. — *Drainage médical des voies biliaires par tubage d'Einhorn*, 1926, p. 445.
- CHABROL, LAPEYRE et LAURAIN. — « Le tubage d'Einhorn en pathologie gastro-duodénale », *Presse médicale*, 1926, p. 147.
- CHABROL ET KLOTZ. — « A propos de cholédocytes », *Soc. Méd. Hôp.*, 1935, p. 379.
- CHIRAY, BENDA et MILOCHEVITCH. — « Tubage duodénal dans le cancer de l'ampoule de Vater », *Paris Médical*, 1924, p. 467.
- CHIRAY ET BLUM. — « Le tubage duodénal en pathologie », *Presse Médicale*, 1922.
- CHIRAY, LECLERC, MILOCHEVITCH. — « Drainage non chirurgical des voies biliaires », *Presse médicale*, 1924, p. 793.

- CHIRAY ET LOMON. — « Sur la migraine biliaire et son traitement par le drainage médical des voies biliaires », *Soc. Méd. Hôp.*, 1927, p. 233.
- CHIRAY ET MILOCHEVITCH. — « Tubage duodénal dans les péricholécystites », *Soc. Méd. Hôp.*, 1924, p. 449.
- DAMADE. — « Tubage duodénal », *Gazette des hôpitaux*, 1922, p. 1061.
- « Technique et indications thérapeutiques du tubage duodénal », *Bull. gén. de thérap.*, 1296, p. 140.
- « Applications thérapeutiques du tubage duodénal », *Sciences Méd. prat.*, 1932, p. 151.
- DENECHAU ET BONHOMME. — « A propos de la migraine duodénale », *Soc. Méd. Hôp.*, 1935, p. 363.
- GAMBILLARD. — *Tubage duodénal en pathologie hépatique*, thèse Paris, 1924.
- HARVIER ET ANTONELLI. — « Ictère catarrhal prolongé. Traitement par le tubage duodénal » *Paris médical* 1934, p. 420.
- LÉVY SOLAL ET HADGÈS. — « Tubage duodénal dans les affections du carrefour sous-hépatique au cours de la gestation », *Paris Médical*, 1928, p. 324.
- LIBERT. — « Applications du tubage duodénal », *Revue de médecine*, 1924, n° 3.
- MALLET ET PUIG. — « Applications cliniques de la méthode d'Einhorn », *Lyon Médical*, 1927, p. 29.
- MATTEI SEMIDEI. — *Nouvelles indications thérapeutiques du tubage duodénal*, thèse, Paris, 1934.
- PASTEUR VALLÉRY-RADOT ET BLAMONTIER. — « Drainage de la vésicule par tubage duodénal chez les migraineux », *Paris médical*, 1927, p. 465.
- « Traitement de certaines migraines par le tubage duodénal », *Soc. Méd. Hôp.*, 1927, p. 925.
- SALMON. — « Les indications thérapeutiques du tubage duodénal », *Revue méd. française*, 1932, mars.
- WEIL. — « Ictères par rétention et tubage duodénal », *Journal de gastro entérologie*, nov. 1933.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	11
II. Indications thérapeutiques courantes du tubage duodéal	14
III. Entérocluse duodénale	22
IV. Le tubage duodéal dans les ictères par infection chronique des voies biliaires ..	25
V. Traitement de certaines migraines par le tubage duodéal	30
VI. Le tubage duodéal au cours de la grossesse	38
VII. L'alimentation duodénale	42
VIII. La lithiasé biliaire	45
IX. Conclusions	52
X. Bibliographie	54

